中西医结合治疗1例胰十二指肠术后胃瘫患者的护理体会

王晓明 李瑾 吴西

（北京市健宫医院 普外肿瘤科，北京，100054）

摘要：本文总结1例中西医结合治疗胰十二指肠术后胃瘫患者的护理体会。基于患者的实际病情，实施耳穴压丸、针刺和穴位注射等中医特色技术，同时结合饮食护理、情志护理等措施；制定个体护理计划，实施护理措施，提升护理质量，达到整体施护的效果，从而有效促进了患者的康复。

关键词：中西医结合治疗 胰十二指肠 胃瘫 护理体会

Nursing experience of integrated traditional Chinese and Western medicine treatment for a patient with postoperative gastroparesis after pancreaticoduodenectomy

Wang Xiaoming Li Jin Wuxi

(General Surgery Oncology Department, Beijing Jiangong Hospital, Beijing，100054)

Abstract: This article summarizes the nursing experience of a patient with postoperative gastroparesis treated with a combination of traditional Chinese and Western medicine. Based on the actual condition of the patient, implement traditional Chinese medicine characteristic techniques such as ear acupressure pills, acupuncture, and intradermal acupuncture, while combining measures such as dietary care and emotional care; Developing individual nursing plans, implementing nursing measures, improving nursing quality, and achieving the effect of overall care have effectively promoted the recovery of patients.

KEYWORDS: Nursing Experience of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Treatment for Pancreatic Duodenal Gastroparesis

腹腔镜胰十二指肠切除术（laparoscopic pancreatoduo-denectomy，LPD）是目前全球公认的难度最大、操作复杂的腹腔镜手术。胰十二指肠切除术已被普遍认为是治疗胰头癌、十二指肠癌、壶腹癌等肿瘤的标准术式，具有涉及脏器多、手术复杂、术程长、创伤大、术后并发症发生风险高、病死率高等特点，是腹部外科极富有挑战性的手术[1-2]。随着医疗水

平的不断进步及医疗技术人员手术技巧的不断提高，胰十二指肠切除术的治疗效果得到提高，手术患者的死亡率也降低至 5%以内，但术后并发症发生风险仍处于相对较高水平[3]。胰十二指肠切除术后常见并发症包括消化道或腹腔出血、吻合口瘘、胃瘫综合征等，术后**胃瘫综合征**（postsurgical gastroparesis syndrome，PGS）是指腹部手术后非机械性梗阻因素引起的、以胃排空障碍为主要特点的胃动力紊乱综合征，也称为术后功能性胃排空障碍（functional

delayed gastric emptying，FDGE）简称胃瘫，发生率为 7.0%~56.4%，其发病机制尚不明确，临床表现为上腹部饱胀、恶心、呕吐等症状，多发生于术后初进食或饮食由流质向半流质过渡时。该并发症虽不会危及患者生命安全，但会影响患者进行肠内营养的时机、延缓患者术后康复进程，进而导致患者住院时间延长、住院花费增加[4-6]。

中医古籍中没有胃瘫这一病名，根据其临床表现可将胃瘫归纳于“胃胀”“痞满”“呕吐”等疾病中。中医认为胃瘫形成与手术后脾胃受损、情志不畅、气机失调、胃气上逆、痰淤阻滞等多种因素有关。

2024 年 08 月我科接收 1 例胰十二指肠术后胃瘫患者，西医常规治疗，配合中医外治（耳穴压丸、穴位注射、针刺、穴位按摩、五音疗法），中西医结合护理，尽量保证患者舒适度的情况下，针对性的为其提供人个性化的护理，缩短进食时间，减轻痛苦，快速康复，减少住院时间降低医疗费用，提高患者生活质量。

1. 临床资料

1.1 一般资料

患者男性，60 岁，主因"发现胰头占位 1 周"入院。既往高血压病史，口服替米沙坦片 1 片，1 次/d；酒石酸酸美托洛尔片 25 mg，1 次/d ；血压控制在 130～140/80～90 mm Hg。血糖偏高，未系统治疗。为求诊治门诊以"胰头占位"于 2024 年 08 月 12 日收入院。

1.2 体格检查

西医查体：患者体温 36.6℃，脉搏 80 次/min，呼吸 18 次/min，血压 130/80 mmHg。患者神志清，精神弱，发育正常，形体偏瘦，营养中等，查体配合。全身皮肤无黄染及出血点，全身黏膜苍白，头颅无畸形，眼睑无水肿，眼球无突凹，结膜无充血，神经系统生理反射存在，病理反射未引出。腹软，肝脾肋下未及，肝肾区无叩击痛，移动性浊音（-），无皮下血肿及水肿。两肺呼吸音粗，两肺底闻及少许细湿啰音。

中医四诊合参：

①望：神志清晰，精神萎，形体消瘦，双目无神，面色无华，舌淡红，舌苔薄黄

②闻：语声清晰，气平，无闻及异常气味。

③问：呃逆感反复，肢体困倦而重，纳食乏味呆滞。

④切：腹部平坦，腹痛胀满，脉弦滑。经中医辩证诊断为脾虚湿阻型胃瘫。

1.3 诊断

单位体检时上腹部B超疑是胰头占位，行腹部增强CT显示肝右叶前缘占位，肝左叶囊肿；胆囊大，胆总管扩张（10 mm），胰头区可见多发片状低密度影，考虑胰头区占位。实验室检：葡萄糖8.28 mmol/L，MR：十二指肠降段肠壁增厚并肠内结影胰头部低位胆道梗阻；肝右叶周围肝实质斑片状异常强化影，肝脏异常灌注；脂肪肝，肝脏多发囊肿；胰头、尾部小囊肿。B超：左房偏大；室间隔增厚；左室舒张压功能减低。心电图：ST-T改变。

中医诊断：胰腺癌、胃瘫

中医辨病辨证：脾虚湿阻证

西医诊断：胰腺癌、胃瘫

1.4 治疗干预

患者于2021年8月02日入院后第7日行胰十二指肠切除术+肠粘连松解术，术后给予患者西医常规护理外加中医外治穴位贴敷：操作方法：予患者枳实通腑膏，取穴上、中、下脘、天枢进行穴位贴敷，每日2次，每次贴敷4小时，助脾以升清阳之气而充养肌肉，亦可促气血生化得源而通利五脏，则四肢灵活，身轻体强。热奄包：操作方法：予患者小茴香、干姜使用棉质口袋装于其中，加热至50 ℃，外敷于患者上腹部。小茴香作为药食两用的维药，具有散寒止痛，理气和胃的功效，常用于促进术后胃肠恢复，治疗胃肠功能紊乱等。2021年8月16日术后第7日遵医嘱给予进流食后患者恶心呕吐，腹胀痛，给予对症治疗。2021年8月17日术后第8日诊断胃瘫，2021年8月31日遵医嘱出院，期间采用中西医结合治疗干预方法。西医治疗为保留胃管，减轻胃肠道张力，肠内外营养进行营养支持。脂肪乳氨基酸葡萄糖注射液1440 mL，静脉滴注，1次/d。肠内营养包括：肠内营养液500毫升，2次/d；胃管注射包括枸橼酸莫沙必利片（5 mg/次，3次/d）以助消化，促进胃动力。降压药物包括：替米沙坦片2片（40 mg）口服，1次/d；酒石酸美托洛尔片25 mg口服，1次/d。醋酸奥曲肽注射液0.5 mg+0.9%氯化钠注射液50毫升及生长抑素3毫克+0.9%氯化钠注射液50毫升静脉泵入，每12小时1次，以抑制胃酸分泌。0.9%氯化钠注射液100 mL+注射用谷胱甘肽1.2 g，静脉滴注，每8小时1次；熊去氧胆酸胶囊125 mg口服，2次/d，以保肝利

胆。抗感染、并给予双下肢气压及抗凝治疗，协助床上翻身护理。胆肠吻合口旁及胰肠吻合口上下缘引流管均通畅固定好，引流液呈淡红色血性液体。

中医治疗干预包括耳穴压丸、穴位注射、针刺、穴位按摩、五音疗法、中药胃管注入。患者经治疗干预后，于8月24日呃逆不适感好转，偶感反酸，胃部胀满等胃瘫不适症状明显消失；8月26日有明显饥饿感，食欲得到恢复；经过14天的中西医结合治疗和护理，患者腹胀恶心及疼痛症状有所减轻，胃肠减压引流量逐渐减少，营养状况明显改善，于2024年8月31日出院。

中医治疗：

①采用耳穴压丸治疗，选取主穴：脾、胃、大肠、小肠、神门、交感、皮质下；配穴：三焦，每日对压3次，每次时间为2 min，以降逆镇痛。

②给予甲氧氯普胺注射液双侧足三里穴位注射，1次/天，注射完毕进行针刺治疗，选取体穴：血海、期门、足三里，以达到止痛的效果。

③实施穴位按摩，选取合谷穴，具有疏风止痛之功效，2次/d，10 min/次；

④五音疗法，在19—23时听《胡笳十八拍》，调节患者情志。

2.护理

2.1 护理评估

2.1.1 腹胀评估

患者全腹部压痛，腹肌紧张、反跳痛，肠鸣音减少，1～2次/min，烦躁不安难以平卧。参照2002年《中药新药临床研究指导原则》进行护理评估，0级：患者无腹胀，计0分；I级：患者自觉轻度腹胀，发作自止，但不影响正常工作、休息，计1分；II级：重度腹胀，患者自觉腹胀但可耐受，常有发作，影响工作和休息，计2分；III级：患者感觉重度腹胀，不能耐受，腹胀持续不止，需要药物缓解，计3分。本例患者腹胀评分为3分，属重度腹胀。

2.1.2 疼痛评估

疼痛是影响康复的重要因素，因此精准控制疼痛尤为重要。数字分级法（NRS）将疼痛程度用0～10个数字依次表示，0表示无疼痛，10表示能够想象的最剧烈疼痛。按疼痛程度分为轻度疼痛（1～3分）表示患者有轻微疼痛，但可以忍受；中度疼痛（4～6分）表示患者疼痛明显并且影响睡眠，但仍可忍受；重度疼痛（7～10分）表示患者有强烈的疼痛，疼痛不能忍受，并且影响食欲及睡眠。本例患者疼痛评分为7分，属重度疼痛

2.1.3　焦虑程度

采用汉密顿焦虑量表（HAMA）评估焦虑程度。量表最低分0分，最高分56分。总分

≥29 分，可能为严重焦虑；总分≥21 分，肯定有明显焦虑；总分≥14 分，肯定有焦虑；总分＞7 分，可能有焦虑；总分＜7 分，没有焦虑症状。评估时间点为干预前和干预后。本病例患者治疗前 HAMA 评分为 57 分，属于严重焦虑。

2.1.4 抑郁程度

汉密顿抑郁量表（HAMD）评估：总分＜7 分，抑郁可能性很低；总分 7～17 分，可能是轻度的抑郁；总分 17～24 分，可能是中度的抑郁；总分＞24 分，可能是重度的抑郁。评估时间点为干预前和干预后。本病例患者治疗前 HAMD 评分为 51 分，属于重度抑郁。

2.1.5 营养筛查与评估

营养风险筛查与评估是治疗胃瘫的关键环节，常见评估方法包括营养风险筛查 2002（NRS 2002）和主观整体评估（SGA）。通过全方位的营养筛查和评估，通过评估胃肠功能，包括腹胀持续时间，进食恢复时间；能够对患者的营养状态进行风险分级，并据此实施针对性强、个性化的营养治疗方案。

2.2 护理诊断

根据患者全身评估，存在护理诊断如下：

①恶心呕吐：与胃排空延迟有关

②腹胀：与胃排空障碍有关。

③疼痛：与伤口创伤、留置引流管有关。

④营养不良：与胃排空延迟、胃功能紊乱有关。

⑤焦虑抑郁：与担心疾病预后有关。

2.3 护理计划

根据患者诊断结果制定护理计划：

①根据伤口的性质，做好防管路滑脱护理，减轻并发症的发生，提高舒适度及生活质量，降低患者的疼痛评分。

②通过中西医结合治疗方法，采用耳穴压丸治疗、针刺治疗、穴位按摩、五音疗法及口服中药等中医适宜技术，外加镇痛药物，降低患者的腹胀及恶心呕吐症状。

③通过胃肠减压护理、肠内外营养指导，促进胃肠功能恢复，保证患者营养供给。

④通过心理护理，减轻患者焦虑抑郁情绪，降低其焦虑及抑郁评分。

2.4.护理措施

2.4.1 伤口及引流管护理

①应用碘伏消毒伤口表面及周围皮肤，处理伤口时应小心谨慎，不要过度清洁伤口。

②患者伤口渗出频繁及时更换无菌敷料，利用 3M 胶带“工字贴”妥善固定引流管，准确记录引流管的颜色性质量。

③物理治疗：每日进行红光照射治疗，以促进炎症吸收。

2.4.2　疼痛护理

患者疼痛不能耐受时遵医嘱给予盐酸曲马多注射液肌注止痛治疗。

耳穴压丸治疗：《灵枢》中记载：“耳为宗脉之所聚，五脏六腑、十二经脉有终于耳者”。选取主穴：神门、交感、皮质下，配穴：三焦、神门有养阴润燥、制怒、养血安神、清热利湿、降逆镇痛之功效；交感有调节自主神经（植物神经）功能，止痛之功效；皮质下有调节大脑皮质功能，止痛之功效。指导患者每日对压 3 次，每次时间为 2 min，以能够忍受的酸胀痛程度为标准。

穴位注射：盐酸甲氧氯普胺具有较强的镇吐作用,常用于恶心、呕吐的对症治疗,可作用于上消化道加强食管、胃蠕动,促进胃排空[7]。取穴：双侧足三里，每日 1 次。

针刺治疗：辨证取穴治疗，主穴：足三里、梁丘、天枢、上巨虚、下巨虚、内关、合谷、中脘等；配穴：脾俞、胃俞、太冲、天突。留针 30 分钟，每日 1 次，疗程均为 1～2 周。足三里、梁丘、天枢和上巨虚、下巨虚属于足阳明胃经穴位。足三里为胃经合穴，具有益气健脾，化湿和中等功效，针刺足三里可以促进胃肠蠕动。梁丘为胃经郄穴，行理气和胃、通经活络之功效。天枢清热利湿，理气止痛。上巨虚、下巨虚作为大、小肠之下合穴，能调理脾胃气机。内关为手厥阴之络，是降逆止呕之经验效穴。合谷为手阳明大肠经穴，与足阳明胃经相接，可清泄阳明胃肠，具有理气止呕之功。“腑会”中脘为胃之募穴，有理气导滞之功效[8]

穴位按摩：选取合谷穴具有疏风止痛、通络开窍之功，针对术后疼痛有较好缓解作用。2 次/d，10 min/次。

音乐疗法：轻松柔和的音乐可以产生有益的生理效应，为患者提供良好的镇痛效果。五音是宫、商、角、徵、羽，分别对应人体的脾、肺、肝、心、肾。角调音乐有春回大地、生机盎然的特点，曲调清脆悠扬，富含生命力，如木般柔和，主要调理肝脏，能够疏肝解郁，促进体内气机的上升和宣泄，在 19—23 时听《胡笳十八拍》。

2.4.3　饮食护理

胃肠减压护理

胃瘫一旦确诊，立即禁食和留置胃管，给予持续有效的胃肠减压，可以减轻患者因食物

或者消化液的刺激所导致的胃黏膜水肿，能够保证残胃得到充分休息，减少胃平滑肌的扩张，从而减少吻合口的肿胀。应妥善固定胃管，并进行明确的标记，以防止其被折叠、拉扯或压迫，从而确保胃管的畅通。认真监测并准确记录胃肠减压引流液的量、颜色和性质。

遵医嘱给予使用消炎消肿药物缓解胃黏膜和吻合口的肿胀，确保胃管的畅通，有助于监测引流液的量和性质。当引流液量显著下降时，可以考虑移除胃肠减压。如果检查结果显示患者并未表现出腹胀、腹痛、呕吐或其他不适的症状，并通过胃肠道造影来确认胃的蠕动功能已经得到恢复，则可以按照医生的建议拔除胃管，并允许患者摄取流质食物。在进行治疗的过程中，患者胃动力恢复后,护理人员指导患者取半坐位,餐后指导患者下床活动，并对患者的白蛋白和血红蛋白含量进行严格的监控[9]。

营养支持护理

肠外营养支持：在对胃瘫综合征进行治疗时，患者因胃肠减压引流量大，导致体内大量电解质丢失。因此，对患者目前的营养状况进行深度评估是非常必要的，并应根据医生的专业建议来选用全静脉肠外营养液，以便为患者提供必需的营养支持。当严密地监控患者的血糖水平、肝脏和肾脏的功能，保持水分、电解质与酸碱平衡，并在 24 h 内准确记录患者的出入量，一旦有任何异常，应立即进行纠正。

肠内营养支持：肠内营养能促进胃肠功能恢复，缩短胃瘫病程，是治疗胃瘫的有效措施，应尽快由肠外营养过渡到肠内营养。肠内营养能促进肠蠕动，对肠黏膜细胞有直接营养作用，刺激生长因子的产生，调控肠道菌群和激发肠碱性磷酸酶的产生，保持肠道完整性，减少肠肺轴炎症，改进吸收功能，维持肠黏膜屏障功能。使用输液泵匀速缓慢地进行输注，并在输注过程中使用恒温器来确保营养液的温度保持在 37～40° C。若患者在输注肠内营养液时出现恶心、呕吐、胀气、腹痛、腹泻等不适症状，应立即降低滴注速度或停止输注，并立即通知医生进行及时的处理。

当胃肠道功能得到恢复并开始口服食物时，应当为患者提供饮食建议，可以从少量的流食开始，并在第 1 天饮用少量的温开水和米汤；在没有出现腹痛、胀气等不舒服时，可在次日供给半量流质食物，每次的量约 50mL；第 2 天，可以提供全量的液体，每次约 80mL；2 d 后如没有不适可以考虑提供半流质的食物，例如粥、面汤或蒸蛋等。

食物应当柔软、易消化的，建议少量多次进食，最初建议是每天吃 5～6 餐。应尽量避免摄入生、冷、硬及具有刺激性的食品，例如牛奶、豆浆和冰淇淋。逐渐过渡到正常饮食，每次餐后保持坐位或半坐位，利于食物进入肠道，并嘱咐患者养成规律的进食习惯。

恢复胃动力

将患者床头抬高至45°～60°，鼓励患者在床上适当运动，活动量视身体状况逐步加大；配合应用适量促进胃动力药物，如枸橼酸莫沙必利片。捻碎经胃管注入后，应夹闭胃管1 h后打开，以确保药物的吸收和使用。

中药液口服：包括龙葵15g，醋莪术10g，人参6g，大枣30g，生姜3片，代赭石15g，旋覆花9g，清半夏9g，姜厚朴9g，焦槟榔8g，炙甘草6g，炒枳壳9g，炒白芍10g，醋柴胡12g，2次/日，50mL/次，口服汤剂之后夹闭胃管，夹闭时间为2h。

2.4.4　心理护理

提供心理护理指导，对胰腺癌术后胃瘫患者来说，受疾病及不良反应的影响，心理情绪低落，波动大，需要护理人员开展多方位的心理安慰和指导，以减轻患者的心理负担。借助积极配合的患者的案例予患者鼓励，帮助患者建立恢复自信；家属需要时刻陪伴在患者身边，予患者安慰和鼓励，给予家庭温暖。

家属应密切关注患者的心理变化，让患者表达自己的感受及需要，给予关心与照顾，使患者感到被理解、被关爱，维护患者尊严，鼓励患者与外界多接触。要充分理解陪伴患者，取得患者的信任，鼓励患者表达内心真实想法，使患者逐步意识到自己所患疾病与自己的经历并无直接关系，减轻其心理压力。让患者积极配合治疗和护理，促进患者身心的康复。

2.5.护理评价

经过14天的治疗和护理干预，患者胃肠减压引流量逐渐减少，由每日1000毫升递减到每日200毫升，NRS评分由8分降至3分；抑郁评分由51分降至32分；焦虑评分由57分降至30分；血清营养各项指标 ALB、PRE、TRF 水平提高，提示中西医结合护理干预有效促进了胃肠道蠕动，患者营养状况得到改善。

3.结果与随访

通过运用中西医结合治疗方法，加强患者伤口护理、疼痛护理、饮食护理及心理护理，患者腹胀恶心呕吐得到有效干预，疼痛症状减轻，营养状况得到改善，生活质量提高。

分别于患者出院后第3天、第14天进行电话回访，患者舒适度得到提高，胃肠道反应也有所减少，胃肠功能得到改善，营养状况得到改善。医护人员告知患者定期来院复诊。

4.讨论

从中医方面来看，PGS属于“呕吐”“胃反”“胃胀”“痞满”等范畴，发病机理主要为腹部术后患者出现胃气上逆、痰浊内生、升降不和、胃失和降、脾失健运、脾胃受损及气血亏虚等状况，导致其进食之后发生呕吐、恶心等症状，且手术操作对患者脉络产生损伤，致使瘀血阻滞、气滞血瘀及肝失条达，对中焦形成阻滞，导致其进食之后发生腹痛、腹胀等

症状，以脾胃为发病部位，以痰瘀互结、胃失和降及肝郁脾虚为主要病理，治疗以扶正祛邪、补虚泻实为主要原则，且以理气消痞、化痰活血、降逆止呕、健脾益气及舒肝和胃为主要治法[10]。PGS 患者病程相对较长，病情严重，基于联用共奏理气消痞、化痰活血、降逆止呕、健脾益气、疏肝和胃之效，在此基础上能够促进患者脾胃功能、胃肠蠕动快速恢复，尽早恢复正常饮食。

术后胃瘫综合征的发生与手术创伤、炎症反应及术后肠道功能恢复等多种因素有关，胃瘫对患者术后康复和生活质量产生严重影响。对于术后并发胃瘫综合征的患者，在确保连续胃肠减压的同时，应严密观察和准确记录胃肠减压内引流液的量、性质及颜色，有学者表明禁食与持续胃肠减压，温浓钠盐水洗胃可以减轻胃黏膜和吻合口炎性水肿，有助于胃动力的恢复；同时，应给予联合肠内外营养支持治疗，尤其是肠内营养支持有助于术后胃肠道蠕动及消化液的分泌，促进肠道恢复免疫屏障、稳定微生物生态[11] 。在支持治疗的基础上，联合药物及物理治疗可促进加强对患者肠内营养、肠外营养及其他护理和有关营养知识的指导，有针对性的护理措施，以促进患者早日康复。护理人员应密切关注患者病情变化,及时调整护理计划,应对患者的病理生理特点和护理挑战。总之，以综合护理为手段，运用科学的治疗和精心的护理以及中西医结合疗法对于提升疗效和改善预后具有重要意义，并且达到了最佳治疗效果，减轻患者痛苦程度；并且有较高的推广价值。

患者知情同意：病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献：

[1] Liu JH. Development and status of pancreatoduodenectomy [J]. Chin J Hepatobiliary Surg,2022, 28(4): 241-244.刘建华. 胰十二指肠切除术的发展与现状[J]. 中华肝胆外科杂志, 2022, 28(4): 241-244.

[2] Li SY, Cao ZQ, Ren H, et al. Clinical study on the related factors of complications after Whipple operation or pyloro-preserving pancreat-icoduodenectomy and its correlation with Clavien-Dindo classifica-tion [J]. Shaanxi Medical Journal, 2018, 47(10): 1319-1321.

李树营，曹子谦，任宏，等. Whipple 术或保留幽门胰十二指肠切除术后并发症发生的相关因素及其与 Clavien-Dindo 分级相关性临床研究[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(10):

1319-1321.

[3] Cao ZQ, Li SY, Ren H, et al. Treatment of bleeding after pancreatico-duodenectomy and analysis of influencing factors [J]. Shaanxi Medi-cal Journal, 2018, 47(11): 1434-1437.

曹子谦, 李树营, 任宏, 等. 胰十二指肠切除术后出血的治疗及影响因素分析[J]. 陕西医学杂志, 2018, 47(11): 1434-1437.

[4] He Z, Wang JF, Luo JH, et al. Clinical analysis of perioperative com-plications of pancreatoduodenectomy in 150 cases [J]. Chin J Gen Surg, 2021, 30(3): 357-364.

贺卓, 王进峰, 罗建红, 等. 胰十二指肠切除术 150 例围手术期并发症临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2021, 30(3): 357-364.

[5] Pan ZZ, Yu L, Peng JH. Progress in diagnosis and treatment of gastro-paresis after colon cancer surgery [J]. Chin J Gastrointest Surg, 2022, 25(6): 558-562.

潘志忠, 于龙, 彭健宏. 结肠癌术后胃瘫综合征的诊疗现状和进展[J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(6): 558-562.

[6] Liu X, Wang C, Wu BQ. Progress in diagnosis and treatment of gas-tric emptying disorders after pancreaticoduodenectomy [J]. Chin J Bas Clin Gen Surg, 2020, 27(5): 641-645.

刘祥, 王城, 武步强. 胰十二指肠切除术后胃排空障碍的诊疗进展[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(5): 641-645.

[7] 王颖飞,刘迎迎,王全林.耳针和体针联合盐酸甲氧氯普胺注射液治疗胃癌术后胃瘫综合征的研究[J].中医研究,2024,37(06):53-57.

[8] 郭晨旭,时良慧,吴胜兵,等.揿针治疗术后胃瘫综合征 100 例临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(12):99-102.

[9] 赵慧颖,赵丹梅.胰十二指肠切除术后胃瘫患者康复护理的研究综述[J].生命科学仪器,2024,22(02):99-101.

[10] 叶昱洁,陈婉云.理气消痞汤联合穴位贴敷治疗肿瘤术后胃瘫综合征患者临床观察[J].医学理论与实践,2024,37(16):2761-2763.

[11] 曹嵘,李晓健,李可为,等.胰十二指肠切除术后胃瘫综合征的影响因素分析及治疗经验总结[J].肝胆胰外科杂志,2023,35(03):173-176.